Warszawa, *………………………….…*

(data)

**Dyrektor**

**Mazowieckiego Centrum Polityki Społecznej**

**ZGŁOSZENIE**

**O ZAPEWNIENIE TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO LUB TŁUMACZA – PRZEWODNIKA**

Świadczenie bezpłatne przeznaczone dla osób uprawnionych będących osobami niepełnosprawnymi
w rozumieniu ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

1. Imię i nazwisko osoby uprawnionej:

…………………………………………………………………………………………….……….

1. Adres korespondencyjny:

…………………………….…………………………………………………………………….…

………….………………………………………..……………………………………..…………

1. Nr telefonu komórkowego – kontakt sms/mms \*:

……………………………………………….…..

1. Adres e-mail \*:……………………………………………………..……………………………..
2. Proponowana data i godzina udzielenia świadczenia: …….………………………………..….
3. Informacja dotycząca wybranej metody komunikowania się **\*\***:
4. polski język migowy (PJM);
5. system językowo-migowy (SJM);
6. sposoby komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN).
7. Rodzaj sprawy (należy wskazać tematykę sprawy):

…………………………...…………………………………......................................................

………………………………………………………………………………..…………….………

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej w celu realizacji niniejszego zgłoszenia wynikającego z art. 12 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym
i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z 2017 r. poz. 1824). Podanie danych jest dobrowolne i przysługuje mi prawo dostępu i poprawiania ich treści.*

………………………..……………

*podpis*

\* - d*ane fakultatywne, w przypadku wybrania danej formy komunikacji*

***\* \**** -*właściwe podkreślić*